

Comité Hospital & Transport Surge Capacity

En vertu de l'article 13 de la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19

DATE 30/03/2021
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

Aux Directeurs généraux, Médecins-chefs, Directeurs du Département infirmier et Coordinateurs des Plans d'Urgences des Hôpitaux généraux et universitaires

Pour information aux Hôpitaux psychiatriques et Hôpitaux de revalidation

Pour information aux Fédérations hospitalières

Pour information aux Gouverneurs

OBJET Covid-19 – Communication : passage à la phase 2A du plan *Surge Capacity*.

Madame, Monsieur le Directeur général,
Madame, Monsieur le Médecin-chef,
Madame, Monsieur le Directeur du Département infirmier,
Madame, Monsieur le Coordinateur du PUH,

Le comité *Hospital & Transport Surge Capacity* composé de représentants de toutes les autorités, du Ministère de la Défense, des Fédérations hospitalières et d'experts, a suivi très activement la situation du secteur hospitalier au cours des derniers jours. Par analogie avec la première et la deuxième vagues, le comité doit à nouveau prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge persistante sur le secteur hospitalier.

1. Evolution épidémiologique

Le 30 mars 2021, les hôpitaux belges connaissent un nouvel afflux de 319 patients COVID. Cela nous amène à un total de 2867 patients COVID, 738 patients COVID-ICU et 77 patients COVID-HFNO. Le taux d'occupation mathématique global des unités de soins intensifs COVID du pays a atteint les 37%. De plus, nous constatons que l'occupation globale aux USI (COVID et non-COVID) a dépassé 98 % pendant une semaine.

2. Passage à la phase 2A du plan *Surge Capacity*

En raison de l'évolution épidémiologique, les hôpitaux seront à nouveau obligés de passer à une phase supérieure du plan *Surge Capacity* dans les jours à venir.

Nous souhaitons anticiper de manière proactive cette nécessité inévitable et, par cette lettre, nous demandons à **tous les hôpitaux généraux et universitaires de passer graduellement à la phase 2A du plan *Surge Capacity* COVID-19, 60% de la capacité en soins intensifs étant réservée aux patients COVID et 15% de capacité supplémentaire étant ouverte, d'ici mardi 6 avril 2021**, ceci en fonction des besoins provinciaux, des besoins au sein du réseau et du besoin de distribution des patients entre les différentes provinces.

Le Comité suivra de près l'évolution des chiffres épidémiologiques dans les prochains jours.

3. Soins réguliers non urgents

Nous constatons que les hôpitaux s'efforcent de continuer à admettre un double flux de patients COVID et non-COVID, ceci dans l'intérêt des patients. Néanmoins, le Comité constate que l'évolution des chiffres épidémiologiques et l'augmentation du taux d'occupation global des USI au-delà de 98 % sont problématiques.

Les soins non urgents et planifiables faisant appel aux soins intensifs doivent être reportés, les démarches visant à ce report étant à mettre en œuvre dès aujourd'hui.

Nous insistons auprès des médecins-chefs, auprès des spécialistes et de la direction des soins, sur la nécessité de déterminer de manière réfléchie la planification et le déploiement du personnel et des ressources.

4. Soins urgents et nécessaires

Il doit être très clair que toutes les consultations, examens et interventions urgentes et nécessaires doivent se poursuivre. Toutes les thérapies nécessaires (à la vie) en cours (chimiothérapie, dialyse,...) ou la réadaptation nécessaire seront également poursuivies. Les hôpitaux sont des lieux sûrs pour poursuivre ces soins - les soins COVID seront clairement séparés des soins réguliers.

Nous nous rendons compte que la situation des hôpitaux ayant une fonction tertiaire pour certains programmes de soins uniques (tels que le programme de transplantation) est très complexe sur le plan organisationnel. Les problèmes de capacité imminents pour ces programmes de soins doivent de préférence être anticipés et signalés aux inspecteurs d'hygiène fédéraux.

5. Répartition des patients au sein des hôpitaux, des réseaux et des provinces

Nous soulignons à nouveau que la solidarité dans la mise en œuvre du plan de répartition est très importante.

Nous demandons au médecin-chef de se concerter de manière optimale avec ses collègues du réseau en ce qui concerne la création d'un tampon de 1 à 2 lits de soins intensifs au sein du réseau, tenus à disposition pendant la nuit, afin de pouvoir garantir une répartition rapide des patients COVID.

L'objectif de la répartition est d'éviter le plus longtemps possible l'admission de patients en dehors de l'unité de soins intensifs agréée. En effet, il a été démontré que le débordement de lits en dehors de l'unité de soins intensifs agréée a un impact négatif sur les résultats des patients¹.

Les hôpitaux doivent répartir autant que possible au sein de leur propre réseau ou de la province ; si cela s'avère impossible, ils répartiront également les patients aux niveaux supra-réseau et supra-provincial.

¹ F.S. Taccone, N. Van Goethem, R. De Pauw et al. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. The Lancet Regional Health – Europe (2021)
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2020.100019>

Le transfert des patients COVID peut avoir lieu entre USI et USI, mais aussi directement entre le service des urgences et les USI. Le transfert de patients avec un long séjour en USI devrait être évité.

Si un hôpital ne peut pas trouver de destination pour un patient dans son réseau, les inspecteurs d'hygiène fédéraux lui apporteront à nouveau leur soutien dans cette phase. Le Patient Evacuation Coordination Center soutiendra également les inspecteurs d'hygiène fédéraux. Le PECC peut être contacté au 0477 88 39 10. Le PECC et les inspecteurs d'hygiène fédéraux détermineront les priorités au sein des demandes à intervalles plus rapprochés. En vertu de la loi du 4 novembre 2020, ils peuvent également imposer des transferts (admission et sortie).

Les transferts seront, autant que possible, organisés uniquement en journée (créneau horaire).

6. ECMO et Extracorporeal Life Support Organization Registry Guidelines

Le Comité a entendu les premiers échos concernant une pénurie débutante d'ECMO. Toutefois, le Comité souhaite attirer l'attention des hôpitaux pratiquant l'ECMO sur l'importance d'une indication correcte, tant pour les patients sous ECMO dans leur hôpital que pour les références tertiaires. Ce traitement invasif, qui utilise beaucoup de ressources humaines et logistiques, ne peut être proposé qu'aux patients présentant un bénéfice potentiel, établi selon les directives scientifiques internationales.

Le Comité demande à tous les hôpitaux utilisant des ECMO's pendant cette crise de suivre strictement les directives d'ELSO (<https://www.else.org/Portals/0/Files/pdf/ELSO%20covid%20guidelines%20final.pdf>), en termes d'indication, mais aussi en termes d'exigences organisationnelles, médicales et techniques. En outre, il reste important de continuer à communiquer correctement la disponibilité des ECMO et d'enregistrer les données des patients auprès de Sciensano et de préférence aussi auprès d'ELSO.

Nous sommes conscients que les hôpitaux se retrouvent à nouveau dans la tempête. C'est avec une immense gratitude et un très grand respect pour les efforts continus, depuis plus d'un an, des directions hospitalières, des prestataires de soins et du personnel des hôpitaux que nous souhaitons vous assurer de notre engagement continu à soutenir le secteur hospitalier.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter soins.hospitaliers@aviq.be .

Dr. Paul Pardon
Chief Medical
Officer Belgique

Marcel Van der Auwera
Président du Comité
Hospital & Transport
Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe
Expert scientifique du
Comité

Prof. Dr. Geert Meyfroidt
Président de la Société belge de
médecine intensive